Lane Medical Library

Vergleiche über Zellstoffgingivitis und „sog. Watterollenstomatitis“

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Bad. Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von
Ewald Spielmeyer
aus Schwetzingen

1933

Buchdruckerei Alb. Moch, Schwetzingen

Vergleiche über Zellstoffgingivitis und „sog. Watterollenstomatitis“

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Bad. Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von
Ewald Spielmeyer
aus Schwetzingen

1933

Buchdruckerei Alb. Moch, Schwetzingen

Referent: Professor Dr. Blessing

Meinen lieben Eltern gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0030

Vergleiche über Zellstoffgingivitis und „sog. Watterollenstomatitis“

Die Zellstoffgingivitis stellt eine Erkrankung des Zahnfleisches dar, die im Anschluß an die Verwendung von Zellstoffrollen in der Mundhöhle auftritt. Die gleiche Erkrankung wird nach Angabe der unten erwähnten Autoren auch nach Verwendung von Watterollen beobachtet. Da die Watterolle wegen der Einfachheit im Gebrauch in der privaten Praxis größeren Eingang gefunden hat, ist natürlich die „sog. Watterollenstomatitis“ hier viel häufiger in ihrem Vorkommen. Obwohl der Name „Stomatitis“ im allgemeinen für die Bezeichnung einer Entzündung der ganzen Mundschleimhaut gebraucht wird, ist auch für die Watterollenerkrankung, die sich nur auf die Gingiva erstreckt, schlechtweg die Benennung „Watterollenstomatitis“ gewählt worden. Besser wäre vielleicht der Ausdruck „Watterollengingivitis“. Meine Beobachtungen beziehen sich hauptsächlich auf die Erkrankung nach Zellstoffeinlagen, die ich hier zur Widerlegung der in den Veröffentlichungen aufgestellten Behauptung: „Eine Erkrankung bei Verwendung von Zellstoff gibt es nicht“ darlege. Beide Erkrankungen stehen unter gleichen Symptomen bezüglich Aetiologie und Krankheitsbild, so daß hier ein Vergleich wegfällt. Jedoch auch über das gemeinsame Merkmal der Aetiologie besteht noch keine völlige Klarheit, und so soll hiervon eingangs die Rede sein.

Die Aetiologie dieser Erkrankung ist durch einen äußeren Reiz bedingt, ausgehend von einer Zellstoff- oder Watterolleneinlage. Nur dieser bestimmte Reiz löst die Gingivitis aus. Diese Erklärung allein würde aber zu der Annahme führen, daß i m m e r aus diesem Reiz eine Entzündung hervorgehen müsse. Dies ist jedoch nicht der Fall, denn eine Reaktion der Schleimhaut auf die bestimmte Reizwirkung des Zellstoffs tritt bedeutend zurück gegen eine Nichtreaktion. Bei der Watterolle wird eine Reaktion häufiger beobachtet, doch ist auch hier ebenso wie bei Zellstoff eine gewisse Seltenheit der Er-

krankung vorhanden. Diese findet ihren Grund in der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des von dem Reiz betroffenen Gewebes. Die Widerstandsfähigkeit ist in ihrer Stärke wiederum abhängig von dem Gesundheitszustand des Organs, wenn wir die Schleimhaut als solches auffassen. So kommt es, daß ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand auch hier in vielen Fällen mitspricht, so daß wir in der Aetiologie der Zellstoffgingivitis zu dem Schluß gelangen müssen: Eine normale Beschaffenheit des Zahnfleisches schließt meist eine solche Erkrankung ganz aus; eine anormale, d. h. in unserem Falle eine durch allgemeine Leiden beeinträchtigte Verfassung des Zahnfleisches bietet in vielen Fällen die Grundlage zu vorliegender Erkrankung.

Die Verwendung von Watterollen hat in dieser Hinsicht ein kleines Minus, wie aus später folgenden Erwägungen klar wird.

Die Aetiologie erhält eine Erweiterung durch die Annahme einer sogenannten Disposition. Eine Dispositon in unserem Falle bedeutet natürlch Zusammenhänge zwischen Allgemeinleiden verschiedener Art und der Mundschleimhaut, welche dadurch leichter für eine Erkrankung empfänglich sein soll. Die Gründe der Zusammenhänge lehrt jedoch, wie überall, so auch hier, nur die Erfahrung. Man kann nicht ohne weiteres beurteilen, inwiefern Xerostomie oder vielleicht gar Polyurie oder Magenkatarrhe einen Patienten für eine Zellstoff- oder Watterollengingivitis veranlagt machen. Ein einzig beobachteter Fall beweist noch nichts. Bei Xerostomie ist es zwar nicht schwierig eine Erklärung zu finden. Bei dieser, die eine bestehende Mundtrockenheit darstellt, ist eine mechanische Verletzung des zarten Schleimhautepithels bedeutend größer als bei normalen Mundverhältnissen, wie aus späteren Ausführungen ersichtlich wird. Doch, um nur annähernd die eventuellen Zusammenhänge zwischen Magenkatarrhen und Gingivitiden zu ergründen, ist eine reichliche Beobachtung vieler solcher Fälle nötig. Die Mühe und Arbeit, die man sich für die Erforschung dieses Gebietes macht, wird indessen schlecht belohnt. Eine gänzliche Aufklärung bleibt fast stets aus, denn es können durch die Unmöglichkeit, Experimente in dieser Art auszuführen, keine Beweise erbracht werden.

In der Therapie der Zellstoffgingivitis würde die Erkenntnis solcher Zusammenhänge trotz alledem keine wesentliche Aenderung bringen. Zuerst müßten einmal die vorliegenden Allgemeinleiden therapeutisch angegangen werden, was bei der oft schweren Heilbarkeit derselben für uns keine Auswirkung hat. Ist allerdings mit der Heilung eines Allgemeinleidens auch eine Wiederkehr einer Zellstoffgingivitis ausgeblieben, so besagt das bei einer mehrfachen Feststellung solcher Fälle für uns genug. Bisher aber sind derartige Beobachtungen noch nicht gemacht worden, wodurch wir gezwungen sind, uns schließlich darauf zu beschränken, in jedem Falle eines Auftretens der Zellstoff- oder Watterollengingivitis das wirklich Erkennbare der Entstehungsursachen zu erfassen. Danach richtet sich

ein weiteres Vorgehen unsererseits, das sich hauptsächlich auf geeignete Vorbeugungsmaßregeln gegen ein neuerliches Auftreten der Erkrankung bezieht.

Nach diesen, zum Teil auf Vermutungen beruhenden Ausführungen, ist eine Beschäftigung mit dem wahrhaft Erkennbaren der Krankheitsvorgänge bei der Zellstoffgingivitis durchaus dankbarer.

Zunächst die Schilderung des Krankheitsbildes.

Dieses ist, wie schon oben erwähnt, bei der Zellstoffgingivitis und der „sog. Watterollenstomatitis" gleich. Es stellt eine Entzündungserscheinung in umschriebener Größe ohne Nebenerscheinungen dar.

P r a e g e r hat ein treffendes Krankheitsbild beschrieben: „Wir haben etwa 25 Fälle beobachtet, wo an der Stelle der labialen oder buccalen Schleimhautbedeckung des Alveolarfortsatzes, der eine Watterolle angelegen hatte, eine Entzündung auftrat. Das Hinlegen und Wegnehmen der Watterolle verursachte zunächst dem Patienten keinerlei Beschwerden. Nach einigen Stunden bis zu einem Tage aber bildet sich eine sehr empfindliche Entzündung der Schleimhaut aus; sie ist hochrot, das Epithel schält sich ab und liegt als weißlicher Fetzen auf der flammend roten Unterlage."

Die Ausdehnung der Entzündung bezeichnet stets nur die Stelle, an der die Zellstoff- bzw. Watterolle gelegen hat. Niemals tritt an einer anderen Stelle der Schleimhaut eine solche Erscheinung auf. Temperatursteigerung und Drüsenschwellung habe ich selbst noch nicht beobachtet. Oertliche Schwellung oder gar Knochenauftreibung, wie P r a e g e r sagt, ist auch nie vorgekommen. Das ganze Krankheitsbild ist das einer Oberflächenverätzung, was die Veranlassung gibt, eine w i r k l i c h e Verätzung anzunehmen. Mit dem Auftritt der Entzündung beginnen auch die Schmerzen. Jeder Patient, der davon befallen ist, gibt an, daß die Schmerzen dauernd vorhanden sind und sich in einem unangenehmen Brennen äußern. Dies nicht nur, wenn eine mechanische Reizung der entzündeten Stellen, z. B. durch Nahrungsaufnahme, geschieht, sondern auch ohne irgend welche Einwirkungen. Dadurch ist der Patient natürlich bei allen Bewegungen des Mundes, in der Hauptsache aber beim Sprechen, stark behindert, was vielfach eine gereizte Stimmung hervorruft. Im Verlauf mehrerer Tage flauen, ohne Dazutun, alle Symptome ab, und nach einer Woche ist die Schleimhaut in ihrer alten Beschaffenheit.

Die Beobachtung vieler Fälle auf ihren Verlauf erlaubt die Folgerung der Prognose „Gut". Komplikationen können meiner Meinung nach nur dadurch entstehen, wenn alle möglichen Schädlichkeiten wie Unsauberkeit oder unsachgemäße Behandlung von Seiten des Patienten auf die schon vorhandene Erkrankung einwirken.

Eine Differentialdiagnose ist durch alle diese Betrachtungen überflüssig, denn die Eindeutigkeit der Diagnose in jedem betreffenden Falle kann klar begründet werden.

Nach den soeben ausgeführten Betrachtungen sollen nun kurz die allgemeinen Gesichtspunkte verschiedener Veröffentlichungen gestreift werden. Die Verfasser, u. a. Praeger, Sikora, Hilbrig etc. haben dafür den Titel „Watterollenstomatitis" gewählt, was auch einleuchtet, denn ihre Beobachtungen erstrecken sich zum größten Teil auf Erkrankungserscheinungen im Anschluß an die Verwendung von Watterollen.

Praeger hat als erster das Problem eingehend erörtert. Seine Erfahrungen beruhen auf klinischer Tätigkeit, die naturgemäß geeigneter ist, gute Beobachtungen auf Häufigkeit und Art der Erkrankung bei verschiedener Arbeitsweise zu machen. Im Anschluß an die bereits vorweg erwähnten Ausführungen über das Krankheitsbild schreibt Praeger über sonstige Kennzeichen der Watterollenerkrankung weiter: er habe festgestellt, daß Schmerzen nicht nur bei Berührung der Schleimhaut, sondern auch von selbst auftreten. Eine Schwellung in nennenswertem Umfange sei nicht vorhanden. Wenn die entzündete Stelle mit fünfprozentiger Chromsäure oder Dentiferm und dauernder Sauberhaltung behandelt würde, erfolge eine Heilung innerhalb acht Tagen bis zur völligen Wiederherstellung des normalen Zustandes. Seine Hauptaufmerksamkeit richtet sich auf die Beobachtung, daß von einer bestimmten Zeit ab das Auftreten der Erkrankung zugenommen habe, was die Veranlassung gab, die Schuld auf die betreffenden Watterollen zu schieben. Diese wurden zur Untersuchung eingeschickt, welche dann zur Feststellung vorhandener freier Säuren führte. Selbst ausgeführte Untersuchungen auf den Gehalt freier Säuren in den Watterollen ergaben ein negatives Resultat. Die Lieferfirma wurde gewechselt, wodurch jedoch keine Aenderung in dem Auftreten der Erkrankung erreicht wurde.

Darauf gelangte Praeger zu der Annahme einer Disposition bei den betreffenden Patienten. Es sei beachtenswert, daß immer die gleichen Patienten ungünstig auf die Watterollen reagierten. Weiterhin kam er zu der Folgerung, daß auch durch das langsame Arbeiten der Studenten und das längere Liegenblieben der Watterollen eine Stomatitis viel leichter entstehen könne. Eine richtige Verätzung durch Medikamente, die aus Unvorsichtigkeit auf die Watterollen gelangt sein könnten, käme nur selten vor.

Aus diesen Beobachtungen erklärt Praeger: Die Entzündung sei das Resultat einer starken Austrocknung der Schleimhaut durch die Watterollen. Als Vergleich zu dieser Möglichkeit führt er an, daß bei Protrusion des Oberkiefers durch dauernde Austrocknung der Schleimhaut chronische Entzündungen hervorgerufen würden. Die Häufung der Fälle sei jedenfalls in der Zunahme der Anfänger zu suchen.

Weiterhin könne der Leim in der Umhüllung der Watterolle vielleicht eine schädliche Wirkung ausüben, was noch zu klären sein würde. Differentialdiagnostisch komme eine Periodontitis, die bereits auf den Knochen übergegangen ist, in Betracht. Bei einer gerade

vorher ausgeführten Wurzelbehandlung sei die Rötung und Schmerzempfindlichkeit in der Wurzelspitzengegend verdächtig, jedoch entsprächen die Lage und Größe der Entzündung nicht derjenigen der Watterolle. Typisch sei immer für die Watterollenstomatitis die spontane Abheilung.

Als Therapie gibt Praeger an, daß die Watterollen nur kurz im Munde liegen bleiben sollen, oder aber daß man Zellstoff, bei dem er noch keine Entzündung gesehen hat, verwenden solle. Beim Herausnehmen müsse die Watterolle befeuchtet werden. Für eine Behandlung, bei der eine Trockenlegung unbedingt erforderlich sei, empfiehlt er den Cofferdam.

Die Ausführungen Praegers gaben sofort Anlaß zu einer Reihenfolge weiterer Veröffentlichungen, die ebenfalls eine Stellungnahme zu unserem Problem enthalten.

Sikora als nächster berichtet über seine Beobachtungen. Dieser glaubt durch einen Zufall die wahrscheinliche Lösung des Problems der Watterollenstomatitis gefunden zu haben. Es war ihm aufgefallen, daß beim Herausnehmen einer Watterolle der Patient das Gesicht verzog. Am nächsten Tage nahm er eine wie schon oben geschilderte Entzündung wahr. Beim Entfernen der Watterolle, so gab ihm nachträglich der Patient an, sei ja das „Leder" mitgegangen. Der Patient mußte sich jedoch nochmals einer Behandlung unter Verwendung einer Watterolle unterziehen und danach spülte dieser die Rolle mit aus. Hierbei bemerkte Sikora, daß diesmal keine Verletzung entstanden war. Die Stomatitis blieb aus.

Er bemerkte späterhin diese Erscheinungen auch bei Patienten mit geringerer Speichelabsonderung. Jedoch bei Behandlung mit selbstgefertigten Zellstoffrollen seien die Erscheinungen ausgeblieben. Das erklärt er sich dadurch, daß die Zellstoffrollen eine lockere Außenschicht hätten und infolgedessen beim Herausnehmen der Rolle die oberste Lage an der Schleimhaut hängen bliebe und sich beim Mundspülen leicht entfernen ließe. Dagegen sei es bei der Watterolle anders. Diese bilde ein geschlossenes Ganzes, wodurch sich beim Herausnehmen die oberste Schicht vom Zahnfleisch löse, was mit einem Epithelverlust verbunden sei. In der Prophylaxe und Therapie schließt Sikora sich den Angaben Praegers an.

In den folgenden Ausführungen bringt Hilbrig seine Gedanken zum Ausdruck. Er schreibt: Für die Aetiologie kommen zwei Momente in Betracht,

1. die physikalische Einwirkung (vorwiegend durch Austrocknung),
2. die chemische Einwirkung.

Hilbrig gibt seiner Meinung Ausdruck dahingehend, daß der Leim in der Watterollenumhüllung eine Reizwirkung ausüben könne, wie schon Praeger erwähnt habe. Auch eine Aetzwirkung durch Bleichmittel, die bei der Herstellung angewendet werden, könne vorliegen. Er gibt als erster an, daß auch Zellstoff nicht das Ausbleiben einer Stomatitis, besser Gingivitis, verbürge. Die Dauer der schäd-

lichen Einwirkung sei nicht hauptsächlich, denn sonst müßte in den Universitätszahnkliniken das Auftreten der Erkrankungen häufiger sein.

Veranlagt für eine solche Entzündung seien vor allem Kinder und auch Frauen, weniger Männer, besonders solche nicht, die unter starker Salivation leiden. Bei letzteren sei dies auf den Abusus von Rauchwaren und Gewürzen zurückzuführen. Eine gewisse Disposition sei fast immer vorhanden, entweder Trockenheit des Mundes, zarte Schleimhäute oder Neigung zu Gingivitiden etc.

Die Schwere der Erkrankung hänge von der gesteigerten Disposition ab. Zur Therapie, sagt Hilbrig, seien erwähnte Angaben der anderen Kollegen vielfach nicht mit Erfolg anzuwenden. Zum Beispiel das Anlegen von Cofferdam bei Kindern oder das Anfeuchten der Watterollen, wodurch die Saugwirkung aufgehoben sei. Er selbst habe ein Einfetten des Zahnfleisches als bewährtes Mittel angewendet. Dazu nehme er Vaseline mit Zusatz von Natr. bicarbonic. Letzteres zur Neutralisation etwaiger freier Säuren in der Watterolle. Bei Patienten, die beim Einlegen der Watterollen mit Abwehrbewegungen reagierten, sei eine sofortige Herausnahme angezeigt. Ein darauf folgendes Einreiben mit Kamillosansalbe sei auch sehr gut. Nach Einhalten dieser Maßregeln hätte er keinen Fall mehr von Watterollenstomatitis beobachtet.

Als letzter hat Schwartz sich geäußert, der die Veröffentlichungen zum Schluß brachte. Er verwirft die schlagwortartige Benennung der Erkrankung mit „Watterollenstomatitis". Man solle aus „einem Floh keinen Elefanten" machen. Er vertritt die Anschauung Sikoras. Die Behauptung einer Disposition, die von den anderen Autoren aufgestellt wurde, sei zu verneinen. Lediglich eine Mundtrockenheit könne die Abschürfung des Epithels durch Watterollen begünstigen. Es sei dadurch eine aktive Hyperämie bedingt, die das täuschende Bild einer umschriebenen Entzündung ergäbe. Man könne diese nur als kleine Geschwüre bezeichnen, vielleicht als Watterollengeschwüre, deren Aetiologie klar auf der Hand läge. Prophylaxe sei zugleich Therapie und nur durch praktische Ueberlegung anzugeben. Ueber die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten sei in den anderen Aufsätzen bereits gesprochen worden. Er fügt noch hinzu, daß eine leicht befeuchtete Watterolle die nötigen Dienste erweise, ohne zu schaden. Dicke Watterollen seien zu vermeiden, da sie die Schleimhaut zu stark spreizen. Einfache Wattebäuschchen hätten ihm die besten Dienste geleistet.

Alle vorausgegangenen Erwähnungen erstrecken sich auf die Erscheinung einer sog. Watterollenstomatitis. Für die Erreichung einer gewissen Therapiemöglichkeit, d. h. zugleich Prophylaxe, ist das größte Interesse vorhanden. Hierzu ist auch z. T. die größere Anwendung des Zellstoffs empfohlen, die auf der allgemeinen Annahme beruht, daß Zellstoff das Entstehen einer Entzündung ausschließt. Gegen diese Behauptung möchte ich im folgenden an Hand

eigener Beobachtungen meine Bedenken äußern. Ich behaupte, daß Zellstoff doch eine Zahnfleischentzündung, wenn auch in geringerem Maße, hervorrufen kann und ich führe zu diesem Zweck einige Beispiele an.

Ich will vorausschicken, daß bei der Behandlung nur Zellstoffrollen verwendet wurden.

Im ersten Falle handelt es sich um einen männlichen Patienten in mittleren Jahren. Zum Einsetzen einer Goldkrone wurde Zellstoff eingelegt, der den Zement beim Erhärten vor Speichel schützen sollte. Der Patient kam nach drei Tagen wieder und beklagte sich über Brennen des Zahnfleisches. Bei der Inspektion wurde eine Entzündung in der schon geschilderten Art festgestellt. Diese Erscheinung zeigte deutlich die Lage und Größe der Zellstoffrolle. Der Gesundheitszustand des Patienten war gut. Im Munde litt er jedoch unter leichter Xerostomie. Die Ursache war also gefunden. Das längere Liegenbleiben der Zellstoffrolle hatte ein starkes Ankleben an der Gingiva zur Folge gehabt, wodurch beim Herausnehmen eine Verletzung hervorgerufen wurde. Die Heilung war normal ohne weitere Behandlung.

Im zweiten Falle traten die Symptome der Zellstoffgingivitis bei einer Patientin auf. Diese machte mich vor der Behandlung darauf aufmerksam, daß sich bei ihr nach einer früheren Behandlung diese Erkrankung eingestellt habe. Nach ihren Beschreibungen war es einfach, eine Zellstoffgingivitis zu diagnostizieren. Ich verwendete daher bei meiner Behandlung ein Wattebäuschchen, um die Patientin nicht einer nochmaligen unangenehmen Entzündung ihres Zahnfleisches auszusetzen. Die Patientin gab an, im weiteren gesund zu sein; jedoch schien mir bei ihr ein geringer Grad von Hysterie vorhanden. Im Munde herrschte zu meiner Verwunderung äußerst starker Speichelfluß. Ich stellte mir hiernach die Ursachen der früheren Entzündung zur Frage. Bei der Entstehung derselben kann keine mechanische Verletzung die Schuld getragen haben, denn ein starker Speichelfluß wird immer ein Ankleben der Zellstoffrolle und eine dadurch beim Abreißen entstehende Verletzung verhindern. Eine chemische Einwirkung könnte dagegen leicht als möglich angenommen werden. Entweder war an die Zellstoffrolle ein ätzendes Medikament gebracht worden oder waren im Zellstoff selbst freie Säuren vorhanden. Nach P f i s t e r kann das Vorkommen von Cl' und SO_4'' im Zellstoff, die unter Verbindung mit den Wasserstoff-Ionen des Speichels freie Schwefel- oder Salzsäure bilden, die Ursache sein, was auch hier möglich wäre. Meiner Auffassung nach ist vielleicht doch eher eine gewisse Disposition in der Art einer Idiosynkrasie auf Zellstoff anzunehmen. Diese Behauptung entbehrt jedoch leider des Beweises.

In einem anderen Fall war es eine Frau, bei der ich auch eine Zellstoffgingivitis feststellen konnte. Hier handelte es sich um mechanische Einwirkung. Die entzündete Stelle wurde mit Jothion

tuschiert, was dem Heilverlauf aber keine Beschleunigung zuteil werden ließ. Ein weiterer Fall, mit dem ich mich eingehend beschäftigte, bietet interessante Zusammenhänge zwischen einem organischen Leiden und einer eigenartigen Verfärbung des Zahnfleisches. Außerdem besteht eine Empfindlichkeit gegen Zellstoff und Watterollen.

Ein männlicher Patient erzählte mir über Beziehungen zwischen einem bei ihm vorhandenen chronischen Magenkatarrh und der Mundschleimhaut. Sein Magenkatarrh bestehe von Kindheit an, wie er sagt, durch unvernünftige Lebensweise. Vieles Eis-Essen sei jedenfalls die Hauptursache. Vor einiger Zeit wurde ihm ein Zahnersatz in Form einer großen Goldbrücke angefertigt. Daran hätte sich eine stark bläuliche Färbung der Gingiva im Bezirk dieser Brücke angeschlossen. Die Brücke hätte nicht richtig gepaßt und mußte deshalb geändert werden. Daraufhin wären diese Erscheinungen nicht mehr aufgetreten. Jedoch zeige sich diese Verfärbung wieder, wenn er reichlich eiweißhaltige Kost, wie Fleisch, hauptsächlich Schweinefleisch, Wurst etc. zu sich nehme. Bei gewisser Diät bliebe das Zahnfleisch normal. Beim Einlegen einer Watterolle gelegentlich einer Behandlung habe er gleich das unbehagliche Gefühl einer sich zusammenziehenden Schleimhaut gehabt, woran sich eine Entzündung anschloß. Es seien weißliche Stellen von großer Schmerzempfindlichkeit an dem Zahnfleisch aufgetreten. Mundtrockenheit sei bei ihm nicht immer vorhanden, nur wenn sich das Wetter ändere. Er müsse dann immer viel Flüssigkeit zu sich nehmen. Bei der Behandlung, durch die er sich eine Watterollengingivitis zuzog, habe er normalen Speichelfluß gehabt.

Ich kam nach diesen Angaben zu der Ansicht, daß hier gewisse Zusammenhänge zwischen einem chronischen Magenleiden und dem Zahnfleisch bestehen. Andernfalls wäre es vielleicht naheliegender, anzunehmen, daß es sich hier nur um eine mechanische oder chemische Verletzung der jedenfalls an und für sich empfindlichen Schleimhaut dieses Patienten handelt. Die Inbetrachtziehung einer solchen Möglichkeit ist bei der jetzigen Unkenntnis dieser Zusammenhänge eher gerechtfertigt.

In der Frage der Therapie, sofern sie wirksam betrieben werden soll, ist natürlich eine richtige Beantwortung schwer. Unser Bestreben auf diesem Gebiet muß darauf ausgehen, durch eine geeignete Prophylaxe gegen das Auftreten der Erkrankung, die Notwendigkeit einer Therapie einzuschränken. Denn wenn schon die Entzündung vorhanden ist, geht der Heilungsverlauf ohne unser Eingreifen von selbst vor sich. Eine trotzdem von uns angewandte Therapie kann nur in wenigen Fällen, wie schon einmal erwähnt, Beschleunigung der Heilung bringen. Ich habe Jothion oder Chromsäure (fünfprozentig nach P r a e g e r) angewendet, wonach keine merklichen Erfolge zu sehen waren. Nach meiner Auffassung wäre deshalb ein größerer Wert auf Schmerzlinderung zu legen, denn die starke

Empfindlichkeit der entzündlichen Stellen ist stets mit unangenehmen Beschwerden verbunden. Hierfür leisten anästhesierende Mittel, besonders bei der Nahrungsaufnahme, aber auch beim Sprechen, gute Dienste. Außerdem muß man natürlich auf möglichste Sauberhaltung der Mundhöhle hinwirken, die durch die biologisch wirksame Mundpflege erreicht wird. Dadurch werden in den meisten Fällen Komplikationen ausgeschlossen. Der Gebrauch reizender Nahrungsmittel oder Genußmittel muß im übrigen eingeschränkt werden, was der Patient meist schon von selbst tut.

Betreffs der biologischen Mundpflege sind in letzter Zeit gewisse Fortschritte zu verzeichnen, die als sehr begrüßenswert betrachtet werden dürfen. Da die diesbezüglichen Kosmetica bei allen Mundschleimhauterkrankungen mit Erfolg angewendet werden, so ist eine Bedeutung derselben für die Behandlung einer Zellstoffgingivitis sicherlich nicht zu verwerfen.

Nach vorausgegangenen Erwägungen kommen wir zur Prophylaxe, auf die besonderer Wert gelegt werden muß, vielleicht mehr, als dies beim allgemeinen Ueberblick erscheint. Die Prophylaxe kann vielgestaltig sein. Fast immer besteht die Voraussetzung, daß Arzt und Patient wissen, daß eine Veranlagung zur Zellstoffgingivitis vorhanden ist. Ein Patient, der einmal darunter gelitten hat, wird im allgemeinen bei einer nächsten Behandlung seine Veranlagung dem Zahnarzt angeben. Natürlich gibt es auch Fälle, wie Xerostomie, bei denen der Zahnarzt damit rechnen kann, daß ohne Angaben des Patienten und ohne vorheriges Aufgetretensein einer Entzündung doch eine Zellstoff- oder Watterollengingivitis entstehen kann. Ist dem Zahnarzt die Veranlagung des Patienten bekannt, so kann er die geeigneten Vorbeugungsmaßregeln treffen.

Zuerst beziehen sich folgende Ausführungen auf die Vorbeugungsmaßregeln von Seiten des Arztes. Dieser muß die Momente auszuschalten suchen, die eine Schädigung des Zahnfleisches durch den Zellstoff oder die Watterolle bedingen. Ferner muß er darauf achten, daß er den Patienten veranlaßt, nach einer abgelaufenen Erkrankung vorbeugend gegen eine neue Erkrankung einzuwirken, d. h. dieser muß die betreffenden Anweisungen, die ihm der Zahnarzt zwecks Verminderung der Disposition gibt, ausführen. Ob der Rat jeweils befolgt wird, ist eine andere Frage. Zum ersten Teil der Ausschaltung der schädlichen Momente, die während der Behandlung eintreten können, erwähne ich diejenigen, welche nach meiner Ansicht die wichtigsten sind, und die auch schon von den erwähnten Autoren angegeben sind. Je nach der Art der vorliegenden Behandlung wird abzuwägen sein, ob ein Entbehren der Watte- oder Zellstoffrolle möglich ist. Beim einfachen Aufziehen einer Cavität ist kein Hindernis zu befürchten. Bei einer Wurzelbehandlung dagegen ist die Sache schwieriger. Ist das Anlegen von Cofferdam möglich, so wird es das beste Mittel sein, hiervon Gebrauch zu machen. Ist die Verwendung jedoch durch die schlechte Erhaltung

der Zahnkrone unmöglich, dann kann das Einlegen einer Watte- oder Zellstoffrolle nicht umgangen werden. Zellstoff wird in diesem Falle der Watterolle aus den oben erwähnten Gründen vorgezogen. Die Gefahr einer Epithelverletzung ist hier geringer. Die Rolle kann vor dem Herausnehmen mit Wasser befeuchtet oder einfach ausgespült werden. Liegt eine Ueberempfindlichkeit oder Idiosynkrasie gegenüber dem Material vor, d. h. wirken die in dem Zellstoffmaterial wohl stets vorhandenen kleinen Säuremengen auf das Zahnfleisch ätzend ein, so muß man Watte verwenden. Fast nie wird man gezwungen sein, ohne alle diese Möglichkeiten zu arbeiten. Hilbrig gibt als gutes Vorbeugungsmittel die Kamillosansalbe an, deren Verwendung ich mich ebenfalls nicht verschließe.

Die zweite Art der Prophylaxe ist die, welche von Seiten des Patienten ausgeübt werden soll. Man wird versuchen müssen, eine Abhärtung des Zahnfleisches, welche der Patient mit einer gut durchgeführten Mundpflege erreichen kann, zu veranlassen. Der Hauptwert liegt dabei auf der Massage. Durch das Bürsten wird für gute Durchblutung der Schleimhaut gesorgt, was wiederum den Gesundheitszustand des Schleimhautgewebes und dessen Widerstandskraft gegen schädliche Reize fördert. Daß eine Massage von Wert ist, beweisen Versuchsergebnisse von Reißner, der durch Tierversuche festgestellt hat, daß nach vierzehntägiger Massage eine Straffung des Bindegewebes, Kernvermehrung und Blutgefäßerweiterung nachzuweisen sind, also Erfolge, die wir auch vom Standpunkte der Mundhygiene als erstrebenswert erkannt haben.

Zum Abschluß aller Betrachtungen ist noch ein Wort über die Bedeutung einer allgemeinen Untersuchung des Patienten zu sagen. Wie bei vielen äußerlich hervortretenden Erkrankungen ein Allgemeinleiden mitspielt, so ist doch immer an die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge auch für unsere Erkrankung zu denken. Eine jeweils durchgeführte Allgemeinuntersuchung würde uns sicher mit der Zeit einen Schritt weiter in die Erkenntnis dieser Zusammenhänge führen.

Zusammenfassung

Die vorausgegangenen Darlegungen, die zum Teil eigener, zum Teil anderer Autoren Erkenntnis entsprungen sind, lassen im Ganzen für die Betrachtung von der praktischen Seite eine Vereinfachung zu. Diese geht dahin, daß die Beachtung der hier geschilderten Erkrankung in der Praxis kein so großes Maß erfordert, wie etwa irgend eine andere Krankheit. Die Rechtfertigung dieses Gedankens soll die nachstehende kurze Zusammenfassung enthalten. Trotz der leichten Entstehungsmöglichkeit einer Zellstoffgingivitis oder der „sog. Watterollenstomatitis" steht deren Seltenheit eindeutig fest. Das beweist, daß die Ursachen oft unwillkürlich ausgeschaltet werden. Geschieht dies nicht, so tritt eben die Erkrankung auf, wobei im wesentlichen drei Momente eine Rolle spielen:

1. das physikalische Moment,
2. das chemische Moment,
3. die Möglichkeit einer sog. Disposition.

Meine oben dargelegten Ausführungen sollen in der Hauptsache den Zweck haben, nicht nur einen Ueberblick über das Gebiet der Zellstoffgingivitis zu geben, sondern auch eine Richtschnur für den weiteren Weg zur völligen Erkenntnis derselben zu werden.

Im Sommersemester 1931 erhielt ich das Thema zu vorliegender Doktorarbeit an der Universitätszahnklinik Heidelberg. Meine diesbezüglichen Arbeiten erstrecken sich über die Zeit vom Herbst 1931 bis Januar 1933.

Ich möchte es nicht versäumen, Herrn Professor Dr. Blessing für die gütige Ueberlassung dieses Themas zu danken.

Außerdem gebe ich die ehrenwörtliche Versicherung, daß ich mich außer der angeführten Literatur keiner anderen Quelle oder Beihilfen bedient habe.

Schwetzingen, den 1. Februar 1933.

Ewald Spielmeyer
Zahnarzt.

Literatur

Praeger, Oertlich begrenzte Stomatitis, verursacht durch Watterolle, in: Zahnärztl. R.Schau, 39. Jg. Nr. 52.

Sikora, Watterollenstomatitis, ebda. 40. Jg. Nr. 3.

Hilbrig, Beitrag zur Therapie der durch Watterollen hervorgerufenen Stomatitis, ebda. 40. Jg. Nr. 6.

Schwartz, Noch einmal — Watterollengeschwüre, ebda. 40. Jg. Nr. 9.

Pfister, „Sog. Watterollenstomatitis", Diss. Würzburg, 1932.

Reißner, Aus dem Aufsatz von Prof. Mamlok, in: Zahnärztl. R.Schau, 38. Jg., Nr. 46.

Hentze, Die Entzündungen der Mundschleimhaut, II. Bd., Erster Teil.

Lebenslauf

Am 29. April 1910 wurde ich in Mannheim als Sohn des Prokuristen Wilhelm Spielmeyer und seiner Ehefrau Paula, geb. Lampert, geboren.

Ich besuchte in Mannheim die Bürgerschule, darauf das Realgymnasium bis zur Obersekundareife. Nach weiterem einjährigen Besuch des Instituts Sigmund trat ich in die Unterprima der Lessingschule ein, wo ich nach zwei Jahren im Jahre 1929 das Abiturientenexamen bestand.

Mein Studium der Zahnheilkunde begann ich im Mai 1929 an der Universität Heidelberg. Nach drei Semestern legte ich daselbst das Physikum ab. Das sechste Semester belegte ich an der Universität München, das siebente wieder in Heidelberg, wo ich am 17. November 1932 die Staatsprüfung bestand. Bis zum jetzigen Zeitpunkt war ich an meiner Doktorarbeit tätig.

Schwetzingen, 1. Februar 1933.